

Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren

Bartig, Susanne; Rommel, Alexander; Wengler, Annelene; Santos-Hövenner, Claudia; Lampert, Thomas; Ziese, Thomas

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bartig, S., Rommel, A., Wengler, A., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., & Ziese, T. (2019). Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. *Journal of Health Monitoring*, 4(3), 30-50. <https://doi.org/10.25646/6069>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Journal of Health Monitoring · 2019 4(3)

DOI 10.25646/6069

Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Bartig, Alexander Rommel,
Annelene Wengler, Claudia Santos-Hövenner,
Thomas Lampert, Thomas Ziese

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 18.04.2019

Akzeptiert: 19.06.2019

Veröffentlicht: 18.09.2019

Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren

Abstract

Im Rahmen des Projekts Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) wurde ein (Kern-)Indikatorenset zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt. Die Recherche und Bewertung von Datenquellen im Bereich Migration und Gesundheit stellte dabei eine wesentliche Voraussetzung dar. Zunächst wurden vier Handlungsfelder mit entsprechenden Themenbereichen bestimmt und mögliche Indikatoren für die jeweiligen Themen definiert. Die Auswahl der Kernindikatoren basierte auf (1) einer systematischen Gegenüberstellung anerkannter Indikatorensysteme, (2) einer Bewertung der Public-Health-Relevanz, (3) Verständlichkeit sowie (4) Aussagekraft des Indikators und (5) der Verfügbarkeit (weitestgehend) repräsentativer Daten, mit denen die Vielfalt der Migrationsbevölkerung annähernd berücksichtigt werden kann. Ein interner und externer Abstimmungsprozess mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium führte zur Finalisierung des (Kern-)Indikatorensets. Insgesamt sind 25 Kernindikatoren ausgewählt worden; 41 Indikatoren wurden in einem „erweiterten“ Indikatorenset dokumentiert. Vor dem Hintergrund der angestrebten Verbesserung der Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut wird das (Kern-)Indikatorenset kontinuierlich weiterentwickelt. Dieses wird perspektivisch in ein Gesamtkonzept für eine regelmäßige, migrationsbezogene Gesundheitsberichterstattung integriert.

📌 MIGRATION · MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND · INDIKATOREN · GESUNDHEIT · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

1. Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes stellt regelmäßig Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland bereit. Auf der Grundlage aktueller, repräsentativer Daten werden zeitliche Entwicklungen beschrieben und gesundheitspolitische Handlungsbedarfe aufgezeigt. Anhand der evidenzbasierten Erkenntnisse können Maßnahmen zur Verbesserung beziehungsweise Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung konzipiert und mögliche

Auswirkungen der umgesetzten Maßnahmen bewertet werden [1–3].

Einen bedeutenden Anteil an der Bevölkerung in Deutschland haben Menschen mit Migrationshintergrund: So ist nach Angaben des Mikrozensus fast ein Viertel (23,6 %) der in Deutschland lebenden Bevölkerung entweder selbst oder mindestens ein Elternteil mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit geboren. Von den Personen mit Migrationshintergrund besitzt fast die Hälfte (48,9 %) einen ausländischen Pass; über zwei Drittel (68,4 %) sind

Anhand einer begrenzten Anzahl an Kernindikatoren soll die Gesundheit der Bevölkerung in ihrer migrationsbezogenen Vielfalt möglichst umfassend darstellbar sein.

selbst zugewandert [4]. Die dauerhafte, grenzüberschreitende Verlagerung des Lebensmittelpunktes (internationale Migration) [5, 6] beeinflusst durch verschiedene Faktoren vor, während und nach dem biographischen Ereignis der Migration die Lebenssituation der Zugewanderten und der in Deutschland geborenen Generation [7, 8].

Verallgemeinernde Aussagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund können jedoch der Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe nicht gerecht werden. So variieren die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Migrationsbevölkerung sowohl nach soziodemografischen als auch migrationsbezogenen Determinanten. Um gesundheitspolitische Handlungsfelder zu identifizieren, stellen zuverlässige Daten eine wesentliche Voraussetzung dar. Allerdings liegen (bislang) nur wenige Datenquellen vor, in denen Menschen mit Migrationshintergrund repräsentativ vertreten sind und die Informationen zur gesundheitlichen Lage enthalten [9, 10]. Im Jahr 2015 wurde auf dem Integrationsgipfel von Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, den Migrantenselbstorganisationen sowie dem Gesundheitsbereich die Notwendigkeit einer regelmäßigen Berücksichtigung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Epidemiologie und der Gesundheitsberichterstattung hervorgehoben [11].

Das am Robert Koch-Institut durchgeführte Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA, Laufzeit 2016–2019) zielte darauf ab, die Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Ein Teilziel stellte dabei die Entwicklung eines Konzeptes für die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Menschen

mit Migrationshintergrund dar [12]. Im Rahmen des Ausbaus der Gesundheitsberichterstattung wurde unter anderem ein (Kern-)Indikatorenset zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund erarbeitet, welches in diesem Beitrag vorgestellt wird. Das (Kern-)Indikatorenset soll perspektivisch in das Gesamtkonzept der Gesundheitsberichterstattung des Bundes integriert werden und den Orientierungsrahmen für die migrationsbezogene Berichterstattung bilden. Bei der Erstellung wurden die folgenden Fragen verfolgt: Welche Themen und Indikatoren sind bei der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen? Welche Indikatoren sind bei der migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung besonders relevant (siehe [Infobox](#))? Welche Datenquellen sind zur Abbildung der Indikatoren geeignet?

Dem Grundsatz eines Monitorings folgend ist eine begrenzte Anzahl an aussagekräftigen und messbaren Kernindikatoren ausgewählt worden [13, 14], die ein möglichst umfassendes Gesamtbild zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund geben sollen. Neben den Kernindikatoren wurde ein „erweitertes“ Indikatorenset definiert. Dieses umfasst – im Gegensatz zum Kernindikatorenset – auch konzeptionell relevante Gesundheitsindikatoren, für die es bisher jedoch keine verlässliche Datengrundlage gibt („idealtypische“ Indikatoren). Der in diesem Beitrag verwendete Oberbegriff (Kern-)Indikatorenset schließt demnach sowohl die Kernindikatoren als auch die „erweiterten“ Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund ein.

Infobox: Definition Indikator und Kern- indikator

Indikatoren sind empirisch messbare Größen, die Hinweise auf nicht direkt oder schwer zu quantifizierende Sachverhalte geben [15, 16]. Als Kernindikatoren werden in diesem Beitrag Indikatoren bezeichnet, die eine hohe (1) Public-Health-Relevanz, (2) Verständlichkeit sowie Nachvollziehbarkeit, (3) Aussagekraft, (4) nationale und internationale Verbreitung aufweisen und (5) anhand einer repräsentativen Datenbasis abgebildet werden können. Zudem sind die Kernindikatoren in einem expertengestützten Abstimmungsprozess als besonders relevant eingestuft worden.

2. Konzeptionelle Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets

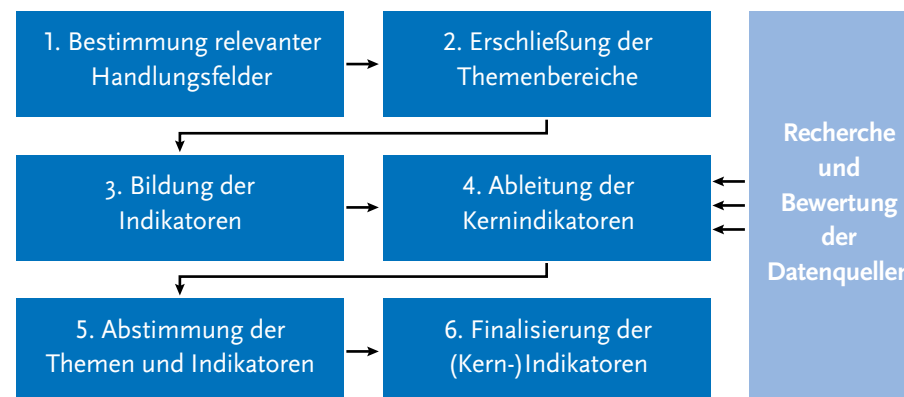
Im Folgenden werden die einzelnen Schritte zur Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets der migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung des Bundes näher beschrieben. Parallel zur konzeptionellen Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets wurden Datenquellen (Survey- und Routinedaten) hinsichtlich ihrer Nutzungsmöglichkeiten für die Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund gesichtet und anhand ausgewählter Kriterien bewertet ([Abbildung 1](#)).

Die aus der Bestandsaufnahme resultierenden Ergebnisse zur Verfügbarkeit verlässlicher Daten im Bereich Migration und Gesundheit stellten eine wesentliche Voraussetzung für die Auswahl der Kernindikatoren dar. Aufgrund der hohen Bedeutung für die Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets werden die datenspezifischen Herausforderungen der migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung und die kriterienbasierte Auswahl der Datenquellen ebenfalls näher erläutert ([siehe Kapitel 3](#)).

2.1 Bestimmung relevanter Handlungs- und Themenfelder (Schritt 1 und 2)

Basierend auf den europäischen Leitlinien zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [17–19] und der bisherigen inhaltlichen Strukturierung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurden zunächst vier Handlungsfelder identifiziert, die den konzeptionellen Rahmen bilden: (1) Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes, (2) Förderung und Stärkung eines gesundheitsbewussten Verhaltens, (3) Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Reduzierung von Risiken, (4) Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems. Anschließend wurden nationale Überblicksarbeiten und Erklärungsansätze im Bereich Migration und Gesundheit systematisch gesichtet, um wünschenswerte Themen einer migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung zu definieren. Nachdem die möglichen Themen den jeweiligen Handlungsfeldern zugeordnet wurden, erfolgte eine vorläufige

Abbildung 1
Arbeitsschritte zur Entwicklung des
(Kern-)Indikatorensets für eine migrations-
bezogene Gesundheitsberichterstattung
Quelle: Eigene Darstellung



Die Verfügbarkeit repräsentativer Daten stellte eine wesentliche Voraussetzung für die Auswahl der Kernindikatoren dar.

Themenauswahl. Diese basierte auf einer Einschätzung der Public-Health-Relevanz unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstandes zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der Verfügbarkeit relevanter Indikatoren für das jeweilige Themenfeld.

2.2 Bildung der Indikatoren und Ableitung der Kernindikatoren (Schritt 3 und 4)

In Anlehnung an das ZWERG-Schema zur Bewertung von Indikatoren (Zentrale Bedeutung, Wirtschaftlichkeit, Einfachheit, Rechtzeitigkeit, Genauigkeit) [20] sind anschließend „idealtypische“ Indikatoren zur Beschreibung des jeweiligen

thematischen Bereichs gebildet worden. So müssen die Indikatoren aussagekräftig, einfach zu verstehen und nachvollziehbar sowie relevant für die Konzeption gesundheitspolitischer Maßnahmen sein (Abbildung 2). Aufgrund der Besonderheiten in der Datenverfügbarkeit (siehe Kapitel 3) sind in dem erweiterten Indikatorenset auch jene eingeschlossen, die bislang nicht anhand repräsentativer Daten abgebildet werden konnten. Bei der Auswahl der Kernindikatoren stellte die Verfügbarkeit belastbarer Daten jedoch eine wesentliche Voraussetzung dar (Abbildung 2). Die konzeptionelle Ableitung der einzelnen Kernindikatoren basierte zudem auf einer Gegenüberstellung etablierter Indikatorensysteme zur Einschätzung der nationalen und

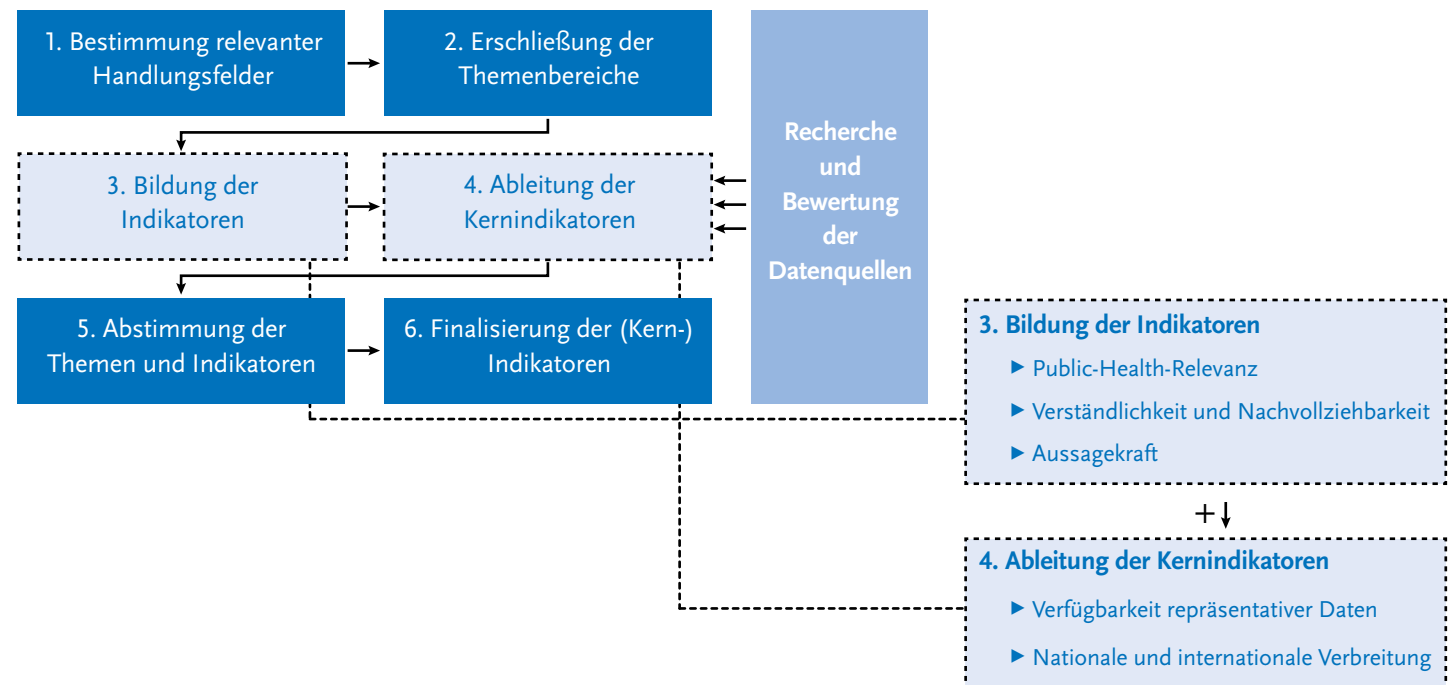


Abbildung 2
Kriterien zur Bildung der Indikatoren und
Ableitung der Kernindikatoren
Quelle: Eigene Darstellung

internationalen Verbreitung des Indikators. Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und dem Indikatorensetz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) [21] sind die European Core Health Indicators (ECHI) der Europäischen Union (EU) [22], die Core Health Indicators der WHO [23] und die Kernindikatoren (Health at a Glance) der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) und der EU [24] einbezogen worden. Zudem wurden die Indikatoren des 2018 veröffentlichten “Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health” berücksichtigt [25].

In einem Forschungsbericht sind für jeden Themenbereich die Public-Health-Relevanz, der wissenschaftliche Forschungsstand im Hinblick auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund, eine Übersicht der erweiterten Indikatoren sowie die konzeptionelle Ableitung der Kernindikatoren näher beschrieben. Zudem wurden für die einzelnen Kernindikatoren Steckbriefe erstellt, die neben der Definition des Kernindikators auch Empfehlungen für mögliche Datenquellen und einen kurzen Abriss zum wissenschaftlichen Hintergrund beinhalten. Diese Ausführungen bildeten die Grundlage für den internen und externen Abstimmungsprozess zur Finalisierung des (Kern-)Indikatorensets.

Dem Anhang kann beispielhaft der Steckbrief zur Adipositasprävalenz entnommen werden ([Annex Tabelle 1](#)). Zudem ist der Forschungsbericht, der unter anderem die kriterienbasierte Auswahl der (Kern-)Indikatoren enthält, auf der [Projektwebseite](#) von IMIRA zugänglich.

2.3 Abstimmung der Themen und (Kern-)Indikatoren zur Finalisierung des (Kern-)Indikatorensets (Schritt 5 und 6)

Die Bewertung der Themenbereiche erfolgte in einem mehrstufigen Abstimmungsprozess: Nach einer projektinternen Abstimmung der Themen wurden diese von den verschiedenen inhaltlichen Fachgebieten der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts geprüft. Anschließend wurde der wissenschaftliche Beirat von IMIRA um eine Relevanzbewertung zu den Themen gebeten, die bei einer migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt werden sollten. In einer schriftlichen, teilstandardisierten Abstimmung sollten die Beiratsmitglieder die Relevanz der Themen und Determinanten zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund anhand einer 9-stufigen Skala von 1 (nicht relevant) bis 9 (hoch relevant) bewerten. Zudem gab es nach jedem Handlungsfeld die Möglichkeit, Anmerkungen oder Ergänzungen zu den Themen anzubringen. Es wurde explizit darauf hingewiesen, dass eine begrenzte Anzahl an Kernthemen, aus denen ein „schlankes“ Indikatorenset abgeleitet wird, das Ergebnis sein sollte.

Bei der Auswertung wurden Themen als (hoch) relevant eingestuft, wenn mindestens 60 % der Bewertungen in den obersten Kategorien (7–9) lagen. Die vom IMIRA-Beirat als relevant bewerteten Themen zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wurden in der finalen Auswahl berücksichtigt. Eine Ausnahme stellten Themen dar, die nicht anhand adäquater Datenquellen abgebildet werden können. Demzufolge basierte die abschließende Auswahl der Kernindikatoren sowohl

auf der Verfügbarkeit von Daten als auch auf dem internen und externen Abstimmungsprozess.

3. Auswahl von Datenquellen für das (Kern-)Indikatorenset

Um gesundheitspolitische Handlungsfelder zur Stärkung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu identifizieren, sind zuverlässige Daten eine wesentliche Voraussetzung. Allerdings ist die Datenlage zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor unzureichend [10, 26]. So liegen nur wenige Datenquellen vor, die sowohl die gesundheitliche Lage als auch den Migrationshintergrund umfassend abbilden und differenzierte Auswertungen für spezifische (Herkunfts-)Gruppen oder nach der Aufenthaltsdauer erlauben.

3.1 Datenspezifische Herausforderungen bei der Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund

In amtlichen Statistiken und Routinedaten des Gesundheitswesens (z. B. Abrechnungsdaten) wird häufig lediglich die Staatsangehörigkeit erhoben, wodurch einzelne Subpopulationen mit Migrationshintergrund (z. B. eingebürgerte Personen, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler) in den Daten nicht bestimmbar sind. Daneben sind die Auswertungsmöglichkeiten gesundheitsbezogener Routinedaten aufgrund fehlender Informationen zur sozialen Lage, die empirisch bereits als relevante Einflussgröße gesundheitlicher Ungleichheit belegt wurde [27], deutlich eingeschränkt [28, 29]. Da das alleinige Merkmal „Migrationshintergrund

(ja vs. nein)“ bei der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten unzureichend ist [30, 31], gilt es neben Aspekten der sozialen Lage auch weitere migrationsbezogene Merkmale (z. B. Geburtsland, Aufenthaltsdauer) einzubeziehen. In (gesundheitswissenschaftlichen) Surveys sind Menschen mit Migrationshintergrund oftmals unterrepräsentiert, das heißt der Anteil in der Befragung entspricht nicht ihrem Anteil in der Bevölkerung. So können unter anderem sprachliche Barrieren bei der Datenerhebung zu einem systematischen Ausschluss eines Teils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund führen [32–34]. Ein migrations-sensibles Studiendesign ist demzufolge unerlässlich, um Menschen mit Migrationshintergrund in Befragungen besser einzubinden.

Basierend auf den identifizierten Herausforderungen erfolgte eine Bewertung der Nutzungsmöglichkeiten relevanter Datenquellen für die migrationsbezogene Berichterstattung. Im Folgenden wird das Vorgehen zur Auswahl relevanter Surveydaten für die Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund kurz skizziert.

3.2 Bestandsaufnahme (gesundheitswissenschaftlicher) Surveys

Zunächst ist eine Bestandsaufnahme möglicher Datenquellen durchgeführt worden. Neben den Surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut wurden Erhebungen anderer Forschungseinrichtungen (z. B. Sozio-oekonomisches Panel, Mikrozensus) einbezogen. In einem weiteren Teilprojekt von IMIRA sind zudem die Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten und Daten der amtlichen Statistik geprüft worden. Eingeschlossen

Die Vielfalt der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist bei der Beschreibung der Gesundheitsindikatoren zu berücksichtigen.

wurden Datenquellen, die (1) gesundheitsrelevante Informationen enthalten und (2) den Migrationshintergrund beziehungsweise migrationsbezogene Merkmale (z. B. Geburtsland, Aufenthaltsdauer und -status) erheben. Zudem musste es sich um eine bundesweite Befragung der Gesamtbevölkerung handeln, um einen Vergleich zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund zu ermöglichen und Aussagen für Gesamtdeutschland treffen zu können (3). Die Ergebnisse wurden mit einer weiteren Übersichtsarbeit zu Datenquellen im Bereich Migration und Gesundheit abgestimmt und veröffentlicht [35].

3.3 Bewertung der Datenquellen

Die in der Bestandsaufnahme identifizierten Datenquellen wurden anhand ausgewählter Kriterien bewertet und priorisiert. So soll die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund anhand von Daten beschrieben werden, die sowohl (1) aktuell und (2) (weitestgehend) repräsentativ sind als auch (3) Aussagen nach Subpopulationen ermöglichen, um die Vielfalt dieser Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen. Zur Sicherstellung der Repräsentativität wurden Datenquellen mit einem migrationssensiblen Studiendesign priorisiert, das spezifische Maßnahmen zur Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Stichprobenziehung (z. B. die überproportionale Berücksichtigung von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bei der Ziehung über das Einwohnermeldeamtsregister) und im Erhebungsprogramm (z. B. der Einsatz mehrsprachiger Erhebungsinstrumente) umfasst. Um die Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund adäquat abzubilden, sollten zudem differenzierte Aussagen nach

weiteren, relevanten Determinanten der gesundheitlichen Lage (migrationsbezogene und soziodemografische Merkmale) möglich sein. Eine ausführliche Beschreibung der kriterienbasierten Bewertung der einzelnen Datenquellen kann dem auf der [Projektwebseite](#) zugänglichen Forschungsbericht entnommen werden.

3.4 Auswahl von Datenquellen und Zuordnung zum Indikator

Insgesamt 28 bundesweite Surveys ([Annex Tabelle 2](#)) erheben sowohl mindestens einen gesundheitsbezogenen Aspekt als auch Merkmale zur Bestimmung des Migrationshintergrundes [36]. Es bestehen allerdings deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Datenquellen hinsichtlich der Repräsentativität der Zielgruppe und den Möglichkeiten für differenzierte Auswertungen nach soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen.

Basierend auf den Bewertungskriterien wurden für die erwachsene Bevölkerung der Mikrozensus [37], das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) [38, 39] und die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [40] priorisiert. Die Reihenfolge der Auflistung entspricht der empfohlenen Verwendung der Datenquellen, wenn der Indikator durch mehrere der genannten Datenquellen abbildbar ist. Die zweite Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) ist aufgrund des migrationssensiblen Studiendesigns, das zu einer nahezu repräsentativen Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund führte, bei der Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Heranwachsenden zu präferieren [41].

**Insgesamt wurden
66 Indikatoren, davon
25 Kernindikatoren,
ausgewählt.**

Für den jeweiligen gesundheitsbezogenen Themenbereich wurden die priorisierten Datenquellen gegenübergestellt und Empfehlungen für die einzelnen Indikatoren abgeleitet. Die Steckbriefe zu den Kernindikatoren enthalten die entsprechenden Datenquellen mit Informationen zum Datentyp, Datenhalter und der Periodizität. Neben den empfohlenen Datenquellen wurden auch jene dokumentiert, die den entsprechenden Indikator zwar abbilden können, jedoch kein migrationssensibles Studiendesign angewandt haben.

4. Ergebnisse

66 Indikatoren wurden zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund ausgewählt; davon sind 25 als Kernindikatoren definiert worden. Eine Übersicht der (Kern-)Indikatoren kann dem Anhang entnommen werden ([Annex Tabelle 3](#)). Einzelne Indikatoren sind nur für Kinder und Jugendliche (z. B. Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter) beziehungsweise nur für Erwachsene (z. B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Allgemeinen, Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs) relevant.

4.1 Stratifizierungsmerkmale

Neben soziodemografischen Determinanten unterscheiden sich Menschen mit Migrationshintergrund nach vielfältigen, migrationsbezogenen Merkmalen wie zum Beispiel Geburtsland, Migrationsgeneration, Aufenthaltsdauer und -status, Motiven der Migration oder den deutschen Sprachkenntnissen [31, 42]. Demzufolge variieren die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auch

innerhalb der Migrationsbevölkerung, wodurch verallgemeinernde Aussagen zur gesundheitlichen Lage unzureichend sind. Um die Vielfalt der Bevölkerung mit Migrationshintergrund annähernd zu berücksichtigen, werden im Rahmen des (Kern-)Indikatorensets Auswertungen nach ausgewählten Merkmalen empfohlen. Neben dem Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status (niedrig, mittel, hoch) sollte eine differenzierte Darstellung des Migrationshintergrundes (Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, mit eigener Migrationserfahrung und der zweiten Migrationsgeneration) erfolgen. Als erweiterte Rahmenmerkmale, die in Abhängigkeit des Gesundheitsindikators und den datenabhängigen Auswertungsmöglichkeiten einbezogen werden sollten, wurden neben dem Geburtsland sowohl Aufenthaltsdauer und -status als auch die Motive der Migration und eine Selbsteinschätzung der deutschen Sprachkenntnisse definiert. So können beispielsweise sprachliche und strukturelle Barrieren, die aus dem aufenthaltsrechtlichen Status resultieren, die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems beeinflussen [43, 44].

4.2 Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes

Um den allgemeinen Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund zu beschreiben, wurden die „Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als gut bis sehr gut“ und die „12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen“ als Kernindikatoren ausgewählt.

Im Bereich der körperlichen Gesundheit (nichtübertragbare Erkrankungen) sind in Anlehnung an die von der WHO benannten „world’s biggest killers“ [45] und unter

Berücksichtigung der bislang noch unzureichenden Datenqualität für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund die folgenden Kernindikatoren (jeweils als selbstberichtete, ärztliche Diagnose) abgeleitet worden: Die „Lebenszeitprävalenz von Herzkrankheiten, einschließlich Herzinsuffizienz, Herzschwäche“ sowie die „Lebenszeitprävalenz eines Schlaganfalls“ zur Abbildung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die „Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale“ für den Bereich der Atemwegserkrankungen und die „Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus“.

Auf die psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund können spezifische psychosoziale Anforderungen wie Unsicherheiten bezüglich der aufenthaltsrechtlichen Situation, Diskriminierungserfahrungen oder traumatisierende Erlebnisse vor allem bei Personen mit Fluchterfahrung einwirken. In Kombination mit einer sozialen Benachteiligung können die migrationsspezifischen Anforderungen zu einer mehrfachen Belastung führen [46–49]. Neben den migrationsspezifischen Belastungen weisen Menschen mit Migrationshintergrund jedoch auch psychosoziale Ressourcen auf, die einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung und das psychische Wohlbefinden haben können [50, 51]. Zur Beschreibung der psychischen Gesundheit wird die „Lebenszeitprävalenz einer depressiven Erkrankung (selbstberichtete, ärztliche Diagnose)“ als Kernindikator für die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund empfohlen; für Kinder und Jugendliche sollte die „Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in den letzten 6 Monaten“ herangezogen werden. Darüber hinaus wird eine Darstellung der „Lebenszeitprävalenz von Angststörungen (selbstberichtete, ärztliche/psychotherapeutische Diagnose)“ empfohlen.

Infektionskrankheiten stellen insbesondere in Ländern mit einem niedrigen Lebensstandard eine der wesentlichen Ursachen für Morbidität und Mortalität dar. Neben der höheren Prävalenz bestimmter Infektionserkrankungen in einigen Herkunftsländern können sowohl der Migrationsprozess an sich als auch Bedingungen im Zielland (Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften) das Risiko für eine Infektionserkrankung erhöhen [52, 53]. Es liegen allerdings nur für eine begrenzte Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz Informationen zum Migrationshintergrund vor [44, 53]. Angesichts der Datenverfügbarkeit, den etablierten Indikatorensystemen und dem interdisziplinären Abstimmungsprozess lässt sich als Kernindikator in diesem Bereich der „Anteil der Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt“ ableiten.

Da in den amtlichen Statistiken zur Lebenserwartung und den Todesursachen lediglich die Staatsangehörigkeit erhoben wird, ist im Bereich der Mortalität kein Kernindikator definiert worden. Vor dem Hintergrund der begrenzten Aussagekraft der vorliegenden Datenquellen wurden allerdings die mittlere Lebenserwartung bei Geburt, standardisierte Mortalitätsrate, Säuglingssterblichkeit, Todesursachen und Sterbefälle durch Suizid als erweiterte Indikatoren aufgenommen.

4.3 Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Bisherige Forschungsergebnisse belegen, dass innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutliche Unterschiede im Bewegungs- und Ernährungsverhalten bestehen [42, 54, 55]. Um das Ernährungs- und Bewegungs-

verhalten regelmäßig im Rahmen einer migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung zu beschreiben, wurden die „Prävalenz sportlicher Inaktivität“, der „tägliche Gemüsekonsum“ als Prädiktor für eine gesunde Ernährung sowie der „Anteil der Kinder, die der WHO-Empfehlung entsprechend mindestens 6 Monate lang ausschließlich gestillt wurden“ als Kernindikatoren abgeleitet. Der Body Mass Index (BMI), ein Quotient aus Körpergewicht und Körpergröße (im Quadrat), ist ein Maß zur Klassifizierung von Unter-, Normal-, Übergewicht sowie Adipositas. Neben der „Prävalenz von Übergewicht“ sollte die „Adipositasprävalenz“ bei der Beschreibung des BMI von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Nach dem aktuellen Forschungsstand sind Menschen mit Migrationshintergrund zwar seltener sportlich aktiv (insbesondere selbst zugewanderte Personen) und tendenziell häufiger von Übergewicht sowie Adipositas betroffen (sowohl Kinder und Jugendliche mit einseitigem als auch beidseitigem Migrationshintergrund), jedoch konsumieren sie seltener Alkohol in riskanten Mengen (sowohl in der ersten als auch zweiten Migrationsgeneration) [42, 56–58]. Um den Substanzkonsum/das Suchtverhalten zu beschreiben, werden die „Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums“ und die „Prävalenz des aktuellen Rauchens von Tabak (gelegentlich bis täglich/regelmäßig)“ als Kernindikatoren empfohlen.

4.4 Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Reduzierung von Risiken

Menschen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einerseits spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, andererseits

weisen sie besondere gesundheitsrelevante Ressourcen auf [7, 59]. Letzteres kann – neben der religiös begründeten Ablehnung von Substanzkonsum in Abhängigkeit des Geburtslandes oder den Ernährungsgewohnheiten – beispielsweise einen ausgeprägten sozialen Zusammenhalt innerhalb der Migrationsbevölkerung umfassen. Eine „mittlere bis starke soziale Unterstützung“ stellt eine gesundheitsrelevante Ressource dar [60], die als Kernindikator im Bereich der sozialen und personalen Ressourcen ausgewählt wurde. Während bei den Lebens- und Arbeitsbedingungen keine Indikatoren als (hoch) relevant eingestuft wurden, stellen „seltene bis häufige Diskriminierungserfahrungen“ einen Kernindikator unter den migrationsspezifischen Belastungen für Angehörige ethnischer Minderheiten dar.

4.5 Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems können Menschen mit Migrationshintergrund (insbesondere Personen mit eigener Migrationserfahrung) spezifischen Barrieren gegenüberstehen, die eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren können. Neben individuellen Hindernissen wie unzureichende deutsche Sprachkenntnisse können Diskriminierungserfahrungen und strukturelle Barrieren (z. B. aufgrund des aufenthaltsrechtlichen Status) den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinträchtigen [44, 61–63].

Um die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen innerhalb der Migrationsbevölkerung zu beschreiben, wurden die „vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9“ und die „Impfquoten

Das (Kern-)Indikatorenset wird perspektivisch in ein Gesamtkonzept für eine regelmäßige, migrationsbezogene Gesundheitsberichterstattung integriert.

der ersten und zweiten Masernimpfung“ als Kernindikatoren für Kinder definiert. Die „12-Monats-Prävalenz des Gebärmutterhalskrebs-Screenings“ wurde infolge des internationalen Vergleichs der etablierten Indikatorensysteme und der internen Abstimmung als besonders relevant bewertet. Darüber hinaus ist die „Einhaltung der Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen“ als Kernindikator aufgenommen worden. Zur Abbildung der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung ist bei Kindern und Jugendlichen die „12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie und Allgemeinmedizin“ beziehungsweise für die erwachsene Bevölkerung die „12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin“ ausgewählt worden.

5. Fazit und Ausblick

Im Rahmen des Projekts Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA), das am Robert Koch-Institut durchgeführt wurde, ist ein (Kern-)Indikatorenset zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt worden. Basierend auf einer konzeptionellen Ableitung der Kernindikatoren und einem Abstimmungsprozess mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium wurden 25 Kernindikatoren ausgewählt. In einem erweiterten Indikatorenset wurden zudem 41 Indikatoren dokumentiert, die bei einer tiefergehenden Betrachtung eines gesundheitsbezogenen Themenbereichs herangezogen werden

können. Das erweiterte Set enthält zum Teil auch „idealtypische“ Indikatoren, für die bislang keine verlässliche Datengrundlage vorliegt.

Eine wesentliche Herausforderung bei der Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets stellte die Verfügbarkeit verlässlicher Daten, die Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung abbilden und differenzierte Aussagen nach einzelnen Subpopulationen ermöglichen, dar. Insbesondere zur indikatorengestützten Beschreibung des Gesundheitszustandes und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems liegen weiterhin Datendefizite vor. Im Rahmen von IMIRA sind Machbarkeitsstudien zur verbesserten Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut durchgeführt worden. Die daraus resultierenden Erkenntnisse werden im nächsten bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurvey für die erwachsene Bevölkerung – Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland (gern-Studie) – berücksichtigt. Zudem wird es eine Befragungsstichprobe von Personen mit nicht deutscher Nationalität geben. Ziel ist es, repräsentative Daten für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu erheben, mit denen Aussagen für spezifische Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung möglich sind [12]. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass sich die Datenbasis zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund perspektivisch verbessern wird, womit die kontinuierliche Weiterentwicklung des datengestützten Kernindikatorensets einhergeht.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Qualität der migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung von

aussagekräftigen Indikatoren abhängig ist, die anhand repräsentativer Daten abgebildet werden können und differenzierte Aussagen nach relevanten soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen ermöglichen, um die Vielfalt der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Berichterstattung sollte vor dem Hintergrund rechtspopulistischer Diskurse in jedem Fall sensibel und antidiskriminierend erfolgen. Dies beinhaltet sowohl die kritische Reflexion der verwendeten Terminologien und Kategorien als auch die Vermeidung von Stigmatisierung sowie Marginalisierung.

Korrespondenzadresse

Susanne Bartig
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BartigS@rki.de

Zitierweise

Bartig S, Rommel A, Wengler A, Santos-Hövenner C, Lampert T et al. (2019)
Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren.
Journal of Health Monitoring 4(3):30–50.
DOI 10.25646/6069

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Machbarkeitsstudie „Befragung“ IMIRA unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (EA1/210/17). Die Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ IMIRA wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin geprüft und akzeptiert (Eth 21/17). Auch wurden beide Studienprotokolle von der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit überprüft (13-401/008#0085). Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

Das IMIRA-Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1-2516FSB408).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei dem wissenschaftlichen Beirat von IMIRA für die Teilnahme an der teilstandardisierten Abstimmung zur Finalisierung des (Kern-)Indikatorensets.

Literatur

1. Brand H, Michelsen K, Achterberg P et al. (2009) Policy Impact Assessment of Public Health Reporting (PIA PHR). Final report. Institute of Health and Work NRW, Center for Public Health, Bielefeld
2. Lampert T, Horch K, List S et al. (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Ziele, Aufgaben und Nutzungsmöglichkeiten. GBE Kompakt 1/2010. Robert Koch-Institut, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3086> (Stand: 04.04.2019)
3. World Health Organization (2008) Health Information Systems. Toolkit on monitoring health systems strengthening. WHO, Geneva
4. Statistisches Bundesamt (2018) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
5. Bundesministerium des Innern (2016) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2015. BMI, Berlin.
https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 04.04.2019)
6. Lederer HW (2004) Indikatoren der Migration. Europäisches Forum für Migrationsstudien, Bamberg
7. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. International Journal of Public Health 52(2):87-96
8. Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011) What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. Emerg Themes Epidemiol 8(1):6
9. Brzoska P, Ellert U, Kimil A et al. (2015) Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. International Journal of Public Health 60(1):13-20
10. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016) 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland.
<https://www.bundesregierung.de/resource/> (Stand: 04.04.2019)
11. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2019) Gesundheit und Integration. Teilhabe an Prävention, medizinischer und pflegerischer Versorgung, Rehabilitation.
https://www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Themen/GesellschaftUndTeilhabe/Gesundheit/gesundheit_node.html (Stand: 04.04.2019)
12. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P et al. (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. Journal of Health Monitoring 4(1):49-61.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/5911> (Stand: 04.04.2019)
13. Filsinger D (2014) Monitoring und Evaluation. Perspektiven für die Integrationspolitik von Bund und Ländern. WISO-Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
14. Konferenz der für Integration zuständigen Ministerinnen und Minister/Senatorinnen und Senatoren der Länder (IntMK) (2019) Fünfter Bericht zum Integrationsmonitoring der Länder. Bericht 2019. Berichtsjahre 2015-2017. IntMK, Berlin.
<http://www.integrationsmonitoring-laender.de/berichte> (Stand: 04.04.2019)
15. Kromrey H (2009) Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Lucius und Lucius, Stuttgart
16. Meyer W (2004) Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung. Arbeitspapiere 10. Centrum für Evaluation, Saarbrücken.
<https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/11124> (Stand: 04.04.2019)
17. World Health Organization, Regional Office for Europe (2016) Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. WHO, Copenhagen
18. World Health Organization (2008) Resolution WHA61.17. Health of migrants. Sixty-first World Health Assembly. WHO, Geneva
19. World Health Organization (2008) Health of migrants. Report by the Secretariat. Sixty-first World Health Assembly. WHO, Geneva
20. Gesundheitsförderung Schweiz (2017) Projektziele formulieren.
<https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1133> (Stand: 04.04.2019)
21. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorenkatalog für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Bielefeld
22. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety (2017) Health indicators. ECHI – European Core Health Indicators.
https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en (Stand: 04.04.2019)
23. World Health Organization (2018) Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). WHO, Geneva.
<https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/> (Stand: 04.04.2019)

24. OECD/EU (2018) Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris.
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
(Stand: 04.04.2019)
25. World Health Organization, Regional Office for Europe (2018) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health. WHO, Copenhagen.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
(Stand: 04.04.2019)
26. Zeeb H, Razum O (2006) Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsbl 49 (9): 845-852.
27. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 59(2):153-165.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2478> (Stand: 04.04.2019)
28. Butler J, Albrecht NJ, Ellsäßer G et al. (2007) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. Bundesgesundheitsbl 50(10):1232-1239
29. Reiss K, Makarova B, Spallek J et al. (2013) Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. Gesundheitswesen 75(6):49-58
30. Razum O, Karrasch L, Spallek J (2016) Migration. Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. Bundesgesundheitsbl 59(2):259-265
31. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl 49(9):853-860.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1061> (Stand: 04.04.2019)
32. Borde T (2006) Migrationssensible Studiendesigns – Wozu brauchen wir welches Konzept? Migrationssensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung – Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25 November 2005. RKI, Berlin, S. 15-23
33. Saß AC, Grüne B, Brettschneider AK (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl 58(6):533-542.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2385> (Stand: 04.04.2019)
34. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsbl 48(3):279-286.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1091> (Stand: 04.04.2019)
35. Dyck M, Wenner J, Wengler A et al. (2019) Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. Bundesgesundheitsbl (efirst)
36. Dyck M, Wenner J, Wengler A et al. (2019) Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. Zusatzmaterial: Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. Bundesgesundheitsbl (efirst)
37. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013.
<https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/haushalte/mikrozensus>
(Stand: 20.11.2017)
38. Kroh M, Schupp J (2017) The SOEP Migration Survey and Refugee Sample. Report from the SOEP. In: Britzke J, Schupp J (Hrsg) SOEP Wave Report. DIW/SOEP, Berlin, S. 41-43
39. Liebau E, Tucci I (2015) Migrations- und Integrationsforschung mit dem SOEP von 1984 bis 2012: Erhebung, Indikatoren und Potenziale. SOEP Survey Papers, Series C – Data Documentation, DIW/SOEP, Berlin
40. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl 56(5/6):620-630.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1477> (Stand: 04.04.2019)
41. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134-151.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3044> (Stand: 04.04.2019)
42. Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015) Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsbl 58(6):543-552.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2383> (Stand: 04.04.2019)

43. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Gesundheitswesen* 78(11):711-714
44. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Robert Koch-Institut, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3194> (Stand: 04.04.2019)
45. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva
46. Brzoska P, Reiss K, Razum O (2010) Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potentiale nutzen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, S. 129-139
47. Igel U, Brähler E, Grande G (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiatrische Praxis* 37(4):183-190
48. Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 58(6):527-532
49. Spallek J, Razum O (2016) Migration und Gesundheit. In: Richter H, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer Fachmedien, Wiesbaden 2016, S. 153-166
50. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsbl* 49(9):873-883
51. Singh S, McBride K, Kak V (2015) Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. *J Immigr Minor Health* 17(6):1597-1606
52. European Centre for Disease Prevention and Control (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Technical Report. ECDC, Stockholm
53. Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015) Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 58(6):560-568.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2379> (Stand: 04.04.2019)
54. Winkler G (2003) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 1: Gesundheits- und Ernährungssituation. *Ernährungs-Umschau* 50(5):170-175
55. Winkler G (2003) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. *Ernährungs-Umschau* 50(6): 119-121
56. Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 04.04.2019)
57. Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 4(3):7-29.
www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 18.09.2019)
58. Strupf M, Gomes de Matos E, Soellner R et al. (2017) Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. *Suchttherapie* 18(2):90-97
59. Spallek J, Razum O (2008) Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 271-288
60. Borgmann L, Rattay P, Lampert T (2017) Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):117-123.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2909> (Stand: 04.04.2019)
61. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 55(8):944-953
62. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101(43):A2882–2887
63. Schouten BC, Meeuwesen L (2006) Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64:21-34

Annex Tabelle 1
Beispiel eines Steckbriefs anhand des
Kernindikators Adipositasprävalenz
 Quelle: Eigene Darstellung

Indikator: Adipositasprävalenz		
Typ	Kernindikator	
Dimension	Ernährungs- und Bewegungsverhalten	
Definition	Anteil der Erwachsenen mit einem BMI ab 30 kg/m ² ; Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem BMI oberhalb des 97. Perzentils der Referenzpopulation	
Datenquellen	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	Mikrozensus	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	4 Jahre	5–6 Jahre
Datenhalter	Statistisches Bundesamt	Robert Koch-Institut
weitere Datenquellen	SOEP, DEGS1	/
Datenquellen ohne migrationssensibles Feldprogramm	GEDA	HBSC-Studie
Wissenschaftlicher Hintergrund		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Prävalenz von Adipositas variiert nicht nur nach der Migrationsgeneration, sondern auch nach dem Geburtsland. ▶ Zudem zeigen sich innerhalb der Migrationsbevölkerung geschlechts- und altersspezifische Effekte in der Adipositasprävalenz. 		
Referenzen		
<ul style="list-style-type: none"> – Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas 9(3):123-127 – Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin 		
BMI=Body Mass Index, SOEP=Sozio-oekonomisches Panel, DEGS1=Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, GEDA=Gesundheit in Deutschland aktuell, KiGGS=Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, HBSC=Health Behaviour in School-aged Children		

Annex Tabelle 2

Übersicht der in der Bestandsaufnahme identifizierten Befragungsdaten im Bereich Migration und Gesundheit (in alphabetischer Reihenfolge)

Quelle: Eigene Darstellung

1)	Alkoholsurvey der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
2)	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS)
3)	Flüchtlingsstudie 2014 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF)
4)	Children of Immigrants Longitudinal Survey in Four European Countries (CILS4EU)
5)	Deutscher Alterssurvey (DEAS)
6)	Deutscher Freiwilligensurvey (FWS)
7)	Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS)
8)	Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
9)	Epidemiologischer Suchtsurvey (ESA)
10)	Eurobarometer
11)	European Social Survey (ESS)
12)	European Value Survey (EVS)
13)	Generations and Gender Survey (GGS)
14)	Glücksspielsurvey der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
15)	European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)
16)	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
17)	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)
18)	IAB-BAMF-SOEP Befragung von Geflüchteten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) und des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF)
19)	IAB-SOEP-Migrationsstichprobe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin)
20)	leben in der Arbeit. Kohortenstudie zu Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit (lidA)
21)	Mikrozensus
22)	Nationales Bildungspanel (NEPS)
23)	Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics (pairfam)
24)	Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC)
25)	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)
26)	Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)
27)	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)/Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98)
28)	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

Annex Tabelle 3
Überblick über die (Kern-)Indikatoren zur
Beschreibung der gesundheitlichen Lage von
Menschen mit Migrationshintergrund nach
Themenbereich und Handlungsfeld
 Quelle: Eigene Darstellung

Themenbereich	Indikator	Datenquelle Erwachsene/Kinder
1. Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes		
1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand		
Subjektive Gesundheit	Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut bis sehr gut)	SOEP/KiGGS
Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (E)	Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen im normalen Alltagsleben (etwas bis stark eingeschränkt)	SOEP
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Kinder/Jugendliche: Gesamtwert des Kidscreen-10-Fragebogens (gute bis sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität)	KiGGS
	Erwachsene: Gesamtwert des Short-Form-36-Fragebogens (gute bis sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität)	DEGS1
Chronische Erkrankung (allgemein)	12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen	SOEP/KiGGS
1.2 Körperliche Gesundheit		
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Lebenszeitprävalenz einer Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz und Herzschwäche (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Herzerkrankung (E)		
Schlaganfall (E)	Lebenszeitprävalenz eines Schlaganfalls (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Hypertonie (E)	Lebenszeitprävalenz von Bluthochdruck (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Krebserkrankungen (E)	Lebenszeitprävalenz einer Krebserkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Atemwegserkrankungen		
Asthma bronchiale	Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP/KiGGS
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Lebenszeitprävalenz einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	/
Diabetes mellitus	Lebenszeitprävalenz von Diabetes (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP/KiGGS
Allergische Erkrankungen	Lebenszeitprävalenz mindestens einer allergischen Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	DEGS1/KiGGS
Muskel-Skelett-Erkrankungen:		
Gelenkerkrankung (E)	Lebenszeitprävalenz einer Gelenkerkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Unfallverletzung	Unfallquote	Mikrozensus/ KiGGS
1.3 Psychische Gesundheit		
Depressive Erkrankung (E)	Lebenszeitprävalenz einer depressiven Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Angststörungen	Lebenszeitprävalenz einer Angststörung (selbstberichtete ärztliche/psychotherapeutische Diagnose)	DEGS1/KiGGS
Posttraumatische Belastungsstörungen	Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung	/
Demenzerkrankungen	Prävalenz einer Demenzerkrankung	/
Psychische Auffälligkeiten (K)	Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in den letzten sechs Monaten (Gesamtwert des Fragebogens Strengths and Difficulties Questionnaire)	KiGGS
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) (K)	Lebenszeitprävalenz einer selbstberichteten ärztlichen ADHS-Diagnose	KiGGS

DEGS1 = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, KiGGS = Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, SOEP = Sozio-oekonomisches Panel
 Fettdruck = Kernindikatoren, K = nur relevant für Kinder und Jugendliche, E = nur relevant für Erwachsene

Annex Tabelle 3 Fortsetzung
Überblick über die (Kern-)Indikatoren zur
Beschreibung der gesundheitlichen Lage von
Menschen mit Migrationshintergrund nach
Themenbereich und Handlungsfeld
 Quelle: Eigene Darstellung

Themenbereich	Indikator	Datenquelle Erwachsene/Kinder
1.4 Infektionskrankheiten		
Tuberkulose	Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt	Melddaten nach Infektionsschutzgesetz
HIV/AIDS	HIV-Neudiagnosen mit nicht deutscher Herkunft an den HIV-Neudiagnosen insgesamt	Melddaten nach Infektionsschutzgesetz
Hepatitis A	Hepatitis-A-Fälle mit Migrationshintergrund an den Hepatitis-A-Fällen insgesamt	
Syphilis (E)	Syphilis-Fälle mit nicht deutschem Herkunftsland an den Syphilis-Fällen insgesamt	KiGGS
Impfpräventable Kinderkrankheiten (K)	Lebenszeitprävalenz impfpräventabler Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten)	
1.5 Mortalität		
Lebenserwartung	Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	Amtliche Geburten- und Sterbefallstatistik
Sterberate	Standardisierte Mortalitätsrate (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	
Säuglingssterblichkeit (K)	Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	Todesursachenstatistik
Todesursachen	Fünf häufigsten Todesursachen (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	
Suizid	Sterbefälle durch Suizid (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	
2. Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens		
2.1 Ernährungs- und Bewegungsverhalten		
Körperliche (In-)Aktivität	Prävalenz der Einhaltung der Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität	DEGS1/KiGGS
Sportliche (In-)Aktivität	Prävalenz der sportlichen Inaktivität (keinen bis seltenen aktiven Sport)	SOEP/KiGGS
Obstkonsum	Täglicher Obstkonsum	DEGS1/KiGGS
Gemüsekonsum	Täglicher Gemüsekonsum	DEGS1/KiGGS
Stillen (K)	Anteil der Kinder, die der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation entsprechend mindestens sechs Monate lang ausschließlich gestillt wurden	KiGGS
Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke	Täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke	DEGS1/KiGGS
Body Mass Index (BMI)	Prävalenz von Übergewicht Prävalenz von Adipositas	Mikrozensus/KiGGS Mikrozensus/KiGGS
2.2 Substanzkonsum/Suchtverhalten		
Tabakkonsum	Prävalenz des aktuellen Rauchens (gelegentlich bis täglich/regelmäßig)	Mikrozensus/KiGGS
Alkoholkonsum	Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Risikokonsum)	SOEP/KiGGS
Alkoholkonsum	Prävalenz des Rauschtrinkens	SOEP/KiGGS
Konsum illegaler Drogen	Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (ohne Cannabiskonsum)	Epidemiologischer Suchtsurvey/Drogenaffinitätsstudie Glücksspielsurvey
Problematisches, pathologisches Glücksspiel (E)	Anteil der Personen mit mindestens problematischem Spielverhalten	

HIV=Humanes Immundefizienz-Virus, AIDS=Akquiriertes Immun-Defizienz-Syndrom, DEGS1=Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, KiGGS=Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, SOEP=Sozio-oekonomisches Panel
 Fettdruck=Kernindikatoren, graue Beschriftung=Datenquellen mit einer niedrigen Bewertung der Datenqualität für Fragestellungen im Bereich Migration und Gesundheit,
 K=nur relevant für Kinder und Jugendliche, E=nur relevant für Erwachsene

Annex Tabelle 3 Fortsetzung
Überblick über die (Kern-)Indikatoren zur
Beschreibung der gesundheitlichen Lage von
Menschen mit Migrationshintergrund nach
Themenbereich und Handlungsfeld
 Quelle: Eigene Darstellung

Themenbereich	Indikator	Datenquelle Erwachsene/Kinder
3. Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Reduzierung von Risiken		
3.1 Soziale und personale Ressourcen		
Health Literacy/ Gesundheitskompetenz	Mindestens ausreichender Gesamtindex beim Erhebungskurzinstrument der europäischen Health-Literacy-Studie (HLS-EU-Q16)	/
Soziale Unterstützung	Soziale Unterstützung (mittlere bis starke)	DEGS1/KiGGS
Religiosität	Subjektiv eingeschätzte Religiosität (religiös bis sehr religiös)	SOEP/-
3.2 Lebens- und Arbeitsbedingungen		
Arbeitsbelastungen (E)	Prävalenz der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	GEDA
Wohnumfeld	Subjektive Lärmbelästigung durch Straßenverkehr (mittelmäßig bis sehr stark)	DEGS1/KiGGS
3.3 Migrationsspezifische, psychosoziale Belastungen		
Diskriminierungserfahrungen	Diskriminierungserfahrungen (selten bis häufig)	SOEP/KiGGS
Zugehörigkeitsgefühl/ Fremdheitsgefühl	Verbundenheitsgefühl zum Herkunftsland vs. Verbundenheitsgefühl zu Deutschland	SOEP/-
4. Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems		
4.1 Inanspruchnahme von Präventionsleistungen		
Impfungen (E)	Impfquote gegen saisonale Influenza	/
Impfungen (K)	Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung	KiGGS
	Prävalenz einer selbstberichteten vollständigen Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV)	KiGGS
Impfungen (K)	Impfquoten für die vollständige Grundimmunisierung von Tetanus	KiGGS
Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (K)	Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9	KiGGS
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (allgemein) (E)	Regelmäßige Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	DEGS1
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (E)	12-Monats-Prävalenz des Gebärmutterhalskrebs-Screenings	DEGS1
Schwangerenvorsorge (E)	Anzahl der ärztlichen Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (mindestens fünf)	/
Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (K)	Einhaltung der Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen	KiGGS
4.2 Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung		
Ambulante Versorgung (Pädiatrie, allgemein) (K)	12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie und für Allgemeinmedizin	KiGGS
Ambulante Versorgung (allgemein) (E)	12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin	DEGS1
Stationäre Versorgung	12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung	DEGS1/KiGGS
Psychosoziale/Psychotherapeutische Versorgung	12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Leistungen bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten	DEGS1/KiGGS
Unmet need	12-Monats-Prävalenz des nicht erfüllten Versorgungsbedarfs	GEDA
Rehabilitative Versorgung (E)	Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme in den letzten drei Jahren (stationär oder ambulant)	DEGS1
Geriatrisch-pflegerische Versorgung (E)	Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung (Pflegequote)	/

DEGS1=Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, GEDA=Gesundheit in Deutschland aktuell, KiGGS=Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, SOEP=Sozio-oekonomisches Panel
 Fettdruck=Kernindikatoren, graue Beschriftung=Datenquellen mit einer niedrigen Bewertung der Datenqualität für Fragestellungen im Bereich Migration und Gesundheit, K=nur relevant für Kinder und Jugendliche, E=nur relevant für Erwachsene

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit